

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA PASIEN Ny. Y.G  
DENGAN CA MAMMAE DI RUANG CEMPAKA  
RSUD PROF.Dr.W.Z JOHANES KUPANG**



**OLEH**

**MARIA DE FATIMA DOS REMEDIOS  
NIM PO.530320116358**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA PASIEN Ny. Y.G**  
**DENGAN CA MAMMAE DI RUANG CEMPAKA**  
**RSUD PROF Dr. W.Z JOHANES KUPANG**

**Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**OLEH**

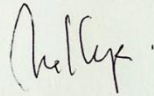
**MARIA DE FATIMAH DOS REMEDIOS**  
**NIM: PO.530320116358**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PRODI DIII KEPERAWATAN**  
**2019**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

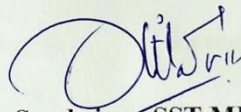
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh MARIA DE FATIMA DOS REMEDIOS  
PO.530320116358 Dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA  
PASIEN DENGAN CAMAMAE DI RUANG CEMPAKA RSUD PROF. Dr.W.Z  
JOHANNES KUPANG” Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan  
Penguji Prodi DIII Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Kupang, Pada tanggal 11 Juni 2019

**Disusun Oleh**



**Maria De Fatimah Dos Remedios**  
**NIM. PO. 530320116358**

**Pembimbing**



**Maria Sambriang SST, MPH**  
**NIP: 196808311989032001**

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh : Maria De Fatima Dos Remedios, Nim: PO. 530320116358 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y.G Dengan Ca Mamae Di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal : 12 Juni 2019

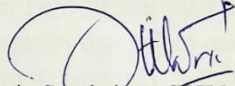
Dewan Penguji

**Penguji I**



Era Dorihi Kale M.Kep.Sp.Kep.MB  
NIP. 197710211999032001

**Penguji II**



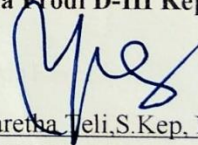
Maria Sambriong SST, MPH  
NIP. 196808311989032001

**Mengesahkan**  
**Ketua Jurusan Keperawatan**



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 196911281993031005

**Mengetahui**  
**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002



### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria De Fatima Dos Remedios  
NIM : PO. 530320116358  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019

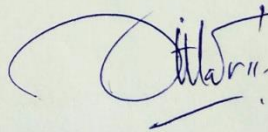
Pembuat pernyataan

Nama : Maria De Fatimah Dos Remedios

NIM : PO. 530320116358

Mengetahui

Pembimbing



**Maria Sambriong, SST, MPH**  
**NIP. 196808311989032001**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Maria D.E.F Dos Remedios

Tempat / Tanggal Lahir : Oekusi, 15 Juni 1975

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. TPU. Liliba, RT 45. RW 01

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Inpres Kuanino II 19989  
2. Tamat SMPK St. Antonio 1992  
3. Tamat SPK DEPKES DILI 1996  
4. Sejak tahun 2016 kuliah di Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

## **MOTO**

**“SEKALI TAMPIL HARUS YAKIN SUKSES”**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Ca Mammae di Ruang Cempaka Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 26-29 Mei 2019.

Selama proses penulisan Studi Kasus, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu R.H Kristina SKm.,M.Kes selaku Direktur Poltekes Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
3. Ibu Margaretha Telli S.Kp.,M.Sc selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Ibu Maria Sambriong,SST,MPH. selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Ibu Era Dorihi Kale M.Kep,Sp.Kep.MB selaku penguji I atau Penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Studi Kasus ini.
6. Ibu Bergita O Hali Samon,S.Kep.,Ns selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
7. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Buat suami, anak Jonatan, Adik Yefry dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.

9. Buat ibu Lika, ibu Arin, dan ibu Ani dan Saint yang selalu mendukung, mendoakan dan membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Teman-teman *Kelas karyawan* untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis.

Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 12 Juni 2019

Penulis



## **ABSTRAK**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan Keperawatan  
Studi Kasus, Juni 2019**

**Nama : Maria D.E.F Remedios**

**NIM : PO.530320116358**

Pengkajian dengan menggunakan format pengkajian yang baku. Pengkajian dilakukan langsung pada pasien. Hasil pengkajian adanya keluhan nyeri pada mammae kanan disertai nyeri. Keluarga mengatakan awalnya timbul benjolan sebesar biji kelereng pada mammae kanan tidak nyeri dan tidak berpindah (Menetap). Pada tanggal 15 Mei 2019 pasien masuk ruang cempaka rumah sakit umum dengan keluhan sesak napas. Pada pemeriksaan cityscan ditemukan ca mammae dan efusi pleura. Sejak tanggal 26 Mei 2019 pemeriksaan biopsi pada mammae kanan sudah dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 dan akan menerima hasil biopsi pada tanggal 10 Juni 2019. Berdasarkan pengkajian yang lengkap, diangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan data subyektif (sumber pasien dan keluarga) obyektif (dilihat dari keadaan pasien) serta data pendukung lain. Diagnose keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit dan kurangnya pengetahuan. Dari hasil perencanaan yang telah dibuat dilakukan dengan baik dimana semua tindakan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Pada diagnose nyeri akut tidak memiliki kesenjangan antara teori dan praktek begitupun diagnosa deficit pengetahuan. Tindakan pada diagnose nyeri, perawat menggunakan NANDA. Dari tindakan evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Evaluasi dilakukan selama empat kali setiap kali melakukan implementasi. Masalah keperawatan belum teratasi, pada area payudara nyeri kadang timbul secara tiba – tiba tetapi pasien masih merasakan nyeri menjalar ke belakang punggung.

**Kata kunci:** Ca Mammae, Asuhan Keperawatan, Medikal bedah

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
BIODATA .....	xi
ABSTRAK .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Teori.....	5
2.1.1 Pengertian Ca mammae .....	5
2.1.2 Etiologi Ca mammae .....	5
2.1.3 Jenis-Jenis Ca mammae .....	5
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	6
2.1.5 Patofisiologi dan Pathway .....	7
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik .....	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	10
2.2.1 Pengkajian .....	10
2.2.2 Diagnosa .....	12
2.2.3 Intervensi .....	13
2.2.4 Implementasi .....	14
2.2.5 Evaluasi .....	15
<b>BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>16</b>
3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.1.1 Pengkajian .....	18
3.1.2 Diagnosa .....	21
3.1.3 Intervensi .....	22
3.1.4 Implementasi .....	23
3.1.5 Evaluasi .....	24
3.2 Pembahasan .....	26
3.2.1 Pengkajian .....	26
3.2.2 Diagnosa .....	27
3.2.3 Intervensi .....	28
3.2.4 Implementasi .....	29
3.2.5 Evaluasi .....	30
<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>32</b>
4.1 Kesimpulan .....	32
4.2 Saran .....	32
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>34</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Lembar konsultasi pembimbing
2. Laporan asuhan keperawatan pada Ny. Y.G
3. Jadwal kegiatan

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Masalah**

Dalam Istilah kedokteran, Semua benjolan disebut tumor. Benjolan tersebut ada yang jinak dan ada yang ganas. Tumor yang ganas itulah yang disebut kanker. Kanker payudara adalah tumor ganas yang berasal dari kelenjar payudara, termaksud saluran kelenjar susu dan jaringan penunjangnya (Hasdiana, dkk 2009).

Fase awal kanker payudara adalah asimtomatik (tanpa ada gejala dan tanda). Tanda dan gejala tingkat lanjut kanker payudara meliputi kulit cekung, retraksi, dan deviasi puting susu dan nyeri, nyeri tekan dan rabas khusus berdarah dari puting. Kulit tebal dengan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk atau ulserasi pada payudara merupakan tanda lanjut dari penyakit. Kanker payudara dapat tumbuh didalam kelenjar susu, saluran susu dan jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. Biasanya kanker payudara ditemukan pada umur 40-49 tahun dann letak terbanyak di kuadran lateral atas (Danielle, 2000)

Pencegahan kanker payudara difokuskan pada deteksi tumor stadium awal yang biasanya berukuran kecil. SADARI merupakan salah satu metode deteksi dini untuk menemukan kanker payudara stadium awal yang lebih efektif dilakukan sedini mungkin. SADARI dilakukan setiap kali selesai menstruasi hari ke tujuh sampai ke sepuluh terhitung hari pertama haid, karena pengaruh hormone estrogen dan progesteron sangat rendah dan jaringan kelenjar payudara saat itu tidak membengkak sehingga lebih mudah meraba adanya tumor maupun kelainan pada payudara.

Di Dunia, Kematian akibat kanker payudara diperkirakan sekitar 4,3 juta pertahun 2,3 juta diantaranya ditemukan di Negara berkembang sedangkan jumlah penderita baru sekitar 3,9 juta per tahun (Mansjoer, 2002). Berdasarkan data dari IARC (*International Agency For Reaserch On Cancer*), pada tahun 2002 kanker payudara menempati urutan pertama dari seluruh kanker di dunia pada perempuan (inside rate 38 per 100.000 perempuan) dengan kasus baru sebesar 22,7% dan jumlah kematian 14% per

tahun dari seluruh kanker pada perempuan di dunia (Pusat Komunikasi Publik Setjen Depkes, 2008). Berdasarkan data dari IARC (*International Agency For Research On Cancer*) pada tahun 2002 kanker payudara menempati urutan pertama dari seluruh kanker pada perempuan ( insiden rate 38 per 100.000 perempuan ) dengan kasus baru sebesar 22,7 % dan jumlah kematian 14 % per tahun dari seluruh kanker pada perempuan di dunia (Pusat Komunikasi Publik Setjen Depkes,2008) berdasarkan estimasi Globokan, *internasional Agensi For Research On Cancer* (IARC) Tahun 2012,kanker payudara adalah kanker dengan presentase kasus baru tertinggi (43,3 %) dan presentasi kematian tertinggi (12,9 % ) Pada perempuan di dunia.

Menurut Organisasi Badan Kesehatan Dunia (WHO) 8-9 % wanita akan mengalami kanker payu dara . Laporan WHO tahun 2005 jumlah perempuan penderita kanker payudara mencapai 1.150.000 orang,700 diantaranya tinggal dinegara berkembang termasuk Indonesia.World Health Organization (2016) negara berkembang termaksud Indonesia. World health Organization (2016) menyebutkan panker payudara adalah kanker yang paling umum terjadi pada wanita dan merupakan penyebab kematian nomor lima setelah kanker paru, kanker rahim, kanker hati, dan kanker usus. Ini menjadikan kanker payudara sebagai jenis kanker yang paling banyak ditemui pada wanita.

Berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi NTT tahun 2008, prevelensi penyakit tumor/kanker di NTT, sebesar 3,4% (kisaran 1,4%-10,9%) tertinggi di kabupaten Sumba Barat dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota, penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah dididagnosa menderita kanker.

Berdasarkan data dari Sistem Informasi Rumah Sakit tahun 2010, kanker payudara adalah jenis kanker tertinggi pada pasien rawat jalan maupun rawat inap yakni mencapai 12.014 orang (28,7%) (Kemenkes RI, 2014a). Berdasarkan data Subdit Kanker Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM) Kemenkes RI terdapat sekitar 36.761.000 perempuan seluruh Indonesia yang berumur 30-50 tahun. Sebanyak 644.951 orang (1,75%) dengan penemuan suspek benjolan (tumor) payudara 1.682 orang (2,6 per 1000 penduduk) (Kemenkes RI, 2014b).

Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi kanker payudara di Indonesia mencapai 0,5 per 1.000 perempuan (Kemenkes RI,2015). Berdasarkan Data Sistem Rumah Sakit RSUD Prof Dr Johannes Kupang (2016), jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada pasien kanker payudara adalah yang terbanyak yaitu 12.014 orang atau 28,7% diikuti kanker serviks 5349 orang atau 12,8%. Selama tahun 2015 RSUD Johannes Kupang sudah melayani Kemoterapi kanker sebanyak 167 pasien dimana 28% adalah kanker payudara dan kanker serviks 17%. Pada tahun 2015, kunjungan pasien pengidap kanker 240 kali kunjungan, meningkat di tahun 2016 menjadi 910 kunjungan dan di tahun 2017 sampai oktober sudah 860 kunjungan pasien pengidap kanker. Lebih dari 40% semua kanker dapat dicegah bahkan beberapa jenis yang umum seperti kanker payudara, kolorektal dan leher Rahim dapat disembuhkan jika dideteksi sejak dini.

Berdasarkan data pasien rawat inap di ruang Cempaka RSUD Prof Dr Johannes Kupang tahun 2017 didapatkan pada bulan Maret berjumlah 11 orang, bulan Februari 13 orang, Maret 16 orang dan bulan April 13 orang.

Peran perawat untuk merawat pasien dengan Ca mammae adalah perawat menenangkan pasien untuk melakukan pemeriksaan sehingga akan diketahui secara pasti penyakitnya dan dapat dilakukan tindakan pasti yang tepat agar penyakit tersebut tidak menyebar luas, menyarankan kepada pasien agar tetap tabah dan sabar agar tidak menyerah kepada penyakitnya tersebut, perawat memberikan informasi tentang cara menjaga kesehatan dan pola makan seimbang dan sehat, memberikan dukungan moral bahwa semua penyakit ada obatnya.

## **1.2. Tujuan studi kasus**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny Y.G dengan diagnosa ca mammae.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada pasien Ny.Y.G dengan diagnosa ca mammae

2. Mahasiswa dapat menegakan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.Y.G dengan diagnosa ca mammae.
3. Mahasiswa dapat membuat perencanaan keperawatan pada pasien Ny. Y.G dengan diagnosa ca mammae.
4. Mahasiswa dapat melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Ny.Y.G dengan diaognosa ca mammae
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi keperawatan Ny.Y.G dengan diagnosa ca Mammae.

### **1.3. Manfaat studi kasus**

Studi Kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

#### **1. Bagi Mahasiswa**

Meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman praktek bagi mahasiswa khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien ca mammae, berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang diberikan secara sistematis dan terorganisir.

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dalam studi kasus ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa jurusan keperawatan Kupang

#### **3. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai masukan bagi para perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan pada pasien yang mengalami ca mammae menggunakan proses keperawatan dengan melibatkan pasien dan keluarga sehingga dapat dicapai secara maksimal memperoleh kepuasan dan kesembuhan penyakit pasien.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kanker Payudara**

##### **2.1.1. Pengertian.**

Kanker payudara atau yang biasa disebut carcinoma mammae adalah penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang dapat mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturase sel (Wijaya, Dkk. 2013).

Carcinoma mammae adalah suatu penyakit yang menggambarkan gangguan partumbuhan seluler dan merupakan kelompok penyakit bukan penyakit tunggal. Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita, penyakit ini disebabkan karena terjadinya pembelahan sel - sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan - pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker). Apabila tumor ini tidak diangkat, dikhawatirkan akan masuk dan menyebar dalam jaringan yang sehat. Ada kemungkinan sel - sel tersebut melepaskan diri dan menyebar ke seluruh tubuh. Kanker payudara umumnya menyerang kelompok wanita umur 40-70 tahun tetapi resiko terus meningkat dengan tajam dan cepat sesuai dengan pertumbuhan usia (Wijaya,dkk 2013)

##### **2.1.2. Etiologi**

Ada beberapa faktor yang berkaitan erat dengan munculnya keganasan kanker payudara yaitu :

###### **a. Usia**

Kanker payudara umumnya menyerang wanita kelompok usia 40 – 70 tahun,tetapiresiko terus meningkat dengan tajam dan cepat ssesuai dengan pertumbuhan usia (Wijaya, dkk, 2013)hal ini disebabkan oleh kemampuan pengendalian sel dan fungsi organ tubuh yang sudah menurun sehingga menyebabkan sel tumbuh tidak terkendali menurut Ralph dkk, (2009), faktor risiko sedang terjadi pada wanita yang telah mengalami menopause >50 tahun.

**b. Genetik**

Jika seseorang memiliki riwayat keluarga yang mengidap kanker payudara, maka kemungkinan besar akan berisiko bagi keturunannya (Nurharyanto, 2009) ada riwayat ca mammae pada ibu/saudari perempuan (Adra dkk, 2013) tubuh manusia normal memiliki gen yang mengendalikan pertumbuhan tumor yang disebut GEN BRCA1 dan BRCA2. apabila gen ini bermutasi maka pertumbuhannya tidak dapat dikendalikan dan akhirnya timbul sel kanker.

**c. Riwayat Menstruasi**

Early Menarche (sebelum 12 tahun) dan menopause (setelah 55 tahun) menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun dan yang mengalami menopause setelah usia 55 tahun memiliki faktor risiko tinggi terkena kanker payudara karena jangka panjang terhadap estrogen dan progesteron meningkatkan risiko pengembangan kanker payudara.

**d. Riwayat Kesehatan**

Pernah mengalami atau menderita atipikal hiperplasia atau Benign proliferatif yang pada biopsi payudara, ca endometrial.

**e. Riwayat Reproduksi**

Melahirkan anak pertama di atas usia 30 tahun. Wanita yang hamil di atas usia 30 tahun memiliki risiko 40 persen menderita kanker payudara dibanding wanita yang hamil dan melahirkan di usia 20 tahun hingga 25 tahun hal ini disebabkan karena mutasi genetik menjadi menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi genetik menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi payudara akan berlipatganda dan tumbuh saat hamil.

**f. Menggunakan Obat Kontrasepsi Yang Lama**

Peningkatan risiko kanker payudara sebagai efek pil KB terjadi karena akibat tingginya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan jaringan kelenjar payudara tumbuh secara cepat pertumbuhan jaringan ini dapat berwujud sebagai sel abnormal atau tumor sehingga akan berkembang sebagai kanker.

**g. Penggunaan Terapi Estrogen**

Kanker payudara paling sering terjadi pada wanita paska menopause jaringan payudara mengandung sel-sel lemak yang memproduksi

enzim yang disebut dengan aromatase yang memproduksi estrogen. Semakin tua seorang wanita, sel-sel lemak payudara cenderung akan menghasilkan enzim aromatase dalam jumlah yang besar yang pada akhirnya akan meningkatkan kadar estrogen lokal. Estrogen yang diproduksi secara lokal. Inilah yang berperan dalam memicu kanker payudara pada wanita.

### **2.1.3. Manifestasi Klinis**

Gejala awal berupa sebuah benjolan yang biasanya dirasakan berbeda dari jaringan payudara sekitarnya, tidak menimbulkan dan biasanya memiliki pinggiran yang tidak teratur. Awalnya benjolan ini berukuran kecil, tetapi lama kelamaan membesar dan melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau puting susu.

Gejala kanker payudara yang akan terjadi seperti adanya benjolan pada payudara yang berubah bentuk dan ukuran, kulit payudara berubah dari warna merah muda menjadi cokelat hingga seperti kulit jeruk, puting susu masuk kedalam (retraksi). Bila tumor sudah besar salah satu puting akan tiba-tiba lepas atau menghilang, muncul rasa sakit yang hilang timbul, kulit payudara seperti terbakar, payudara mengeluarkan darah atau cairan lain tanpa menyusui, adanya borok (ulkus), ulkus akan semakin membesar dan mendalam hingga dapat menghancurkan seluruh payudara hingga payudara berbau dan mudah berdarah.

### **2.1.4. Stadium Kanker Payudara**

Stadium I: Tumor terbatas pada payudara dengan ukuran  $< 2\text{cm}$ , tidak terfiksasi pada kulit atau otot pektoralis. Pada stadium I ini, kemungkinan untuk sembuh secara sempurna adalah 70%. Untuk memeriksa ada atau tidaknya metastase ke bagian tubuh yang lain, harus diperiksa di laboratorium. Stadium II: Tumor dengan diameter  $< 2\text{ cm}$ , dengan metastatis aksila atau tumor dengan diameter 2-5 cm dengan atau tanpa metastase aksila. Pada stadium ini, kemungkinan untuk sembuh hanya 30-40%, tergantung luasnya penyebaran sel. Pada stadium I dan II biasanya dilakukan operasi untuk mengangkat sel-sel kanker yang ada pada seluruh bagian penyebaran, dan setelah dilakukan pemyinaran untuk memastikan tidak ada lagi sel-sel kanker yang tertinggal. Stadium IIIa: Tumor dengan

diameter > 5cm, tetapi masih bebas dari jaringan sekitarnya dengan/tanpa metastatis anjila yang melekat. Stadium IIb: Tumor dengan metastatis infra atau supraklavikula atau tumor yang telah menginfiltrasi kulit atau dinding toraks, stadium IV: Tumor yang telah mengadakan metasis jauh (Mansjoer, dkk. 2000).

#### **2.1.5. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan Laboratorium meliputi: Morfologi sel darah, dilakukan pemeriksaan untuk eritrasit, leukosit, dan trombosit. Pemeriksaan LED (Laju Endapan Darah) dilakukan untuk memantau keberadaan radang atau infeksi di dalam tubuh. Tes fal marker (CEA) dalam serum/plasma dilakukan untuk mengetahui adanya tumor. Pemeriksaan sitologi dilakukan untuk mendeteksi kanker payudara dengan cairan antara selaput pembungkus paru (Cairan Pluera). Pemeriksaan sitologi cairan Pleura adalah salah satu cara mendetekdsi adanya sel kanker. Pemeriksaan monografi dilakukan untuk menemukan kanker insito yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan Scan (CT, MRI, galfum), Ultra sound dilakukan untuk tujuan diagnostik, identifikasi metastatic, dan respon pengobatan.

Pemeriksaan biopsy (aspirasi dan eksisi) dilakukan untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan. Pemeriksaan penanda tumor dilakukan untuk zat yang dihasilkan dan disekresi dalam serum, dapat menambah dalam mendiagnosis kanker tetapi lebih bermanfaat sebagai prognosis. Reseptor esterogen/progessteron assay yang dilakukan pada jaringan payudara untuk memberikan informasi tentang manipulasi hormonal. Selain tes diagnosis diatas, maka dilakukan juga tes skrining kimia, elektrolit, tes hepar, hitung sel darah untuk mendeteksi adanya sel kanker, foto toraks dilakukan untuk menggambarkan secara radiografi organ pernafasan yang terdapat didalam rongga dad. USG (Ultrasonografi) dilakukan untuk menampilkan gambaran atau citra dari kondisi bagian dalam tubuh dan digunakan untuk membedakan kista (kantong berisi cairan) dengan benjolan padat. Pemeriksaan mammografi digunakan sinar X dengan meletakan semacam piringan pada payudara untuk menemukan daerah abnormal pada payudara. Pemeriksaan staging dilakukan untuk menentukan stadium kanker sebagai panduan pengobatan dan menentukan

prognosis. Pemeriksaan SADARI (Periksa Payudara Sendiri) dilakukan dengan menggunakan tangan dan pengelihatannya untuk memeriksa adanya kelainan pada payudara. Jika dilakukan secara rutin, seorang wanita akan dapat menemukan benjolan pada payudara.

#### **2.1.6. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan kanker payudara terdiri dari dua macam yaitu: kuratif (pembedahan) dan non kuratif. Penanganan kuratif dengan pembedahan yang dilakukan dengan cara mastektomi parsial, mastektomi total, dan mastektomi radikal tergantung dari luas, penyebaran kanker payudara. Penanganan non pembedahan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, dengan cara kemoterapi dan radioterapi untuk membunuh sel-sel kanker yang tersisa. (Danielle, 2000)

##### **a. Terapi Kuratif**

Untuk kanker mammae stadium I, II dan III terapi utama adalah Mastektomi Radikal Modifikasi (MRM) adalah prosedur operasi kanker payudara untuk menyingkirkan sel kanker, alternatif mastektomi + diseksi aksila. Terapi adjuvan (tambahan) meliputi radioterapi pasca bedah 4.000-6.000 rads dilakukan untuk menghancurkan sel kanker, kemoterapi dengan menggunakan Obat kombinasi dari CMF (Cyclophosphamide 100 mg/m<sup>2</sup> dd pos hari ke 1-14, methotrexate 40 mg/m<sup>2</sup> IV ke-1 siklus diulang tiap 4 minggu dan fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup> IV hari ke-1 atau CAF (Cyclophosphamide 500 mg/m<sup>2</sup> IV hari ke-1, adriamycin 50 mg/m<sup>2</sup> hari ke-1 dan fluorouracil 500 mg/m<sup>2</sup> IV hari ke-1 dan 8 untuk 6 siklus digunakan untuk mengobati kanker payudara. Hormon terapi untuk pasca menopause dengan tamoksifen untuk 1-2 tahun digunakan untuk menghambat kemampuan tubuh untuk memproduksi hormon atau dengan mengganggu aksi hormon untuk memperlambat atau menghentikan pertumbuhan tumor. Terapi bantuan, rehabilitasi dilakukan sebagai penambah daya tahan tubuh. Terapi komplikasi pasca bedah misalnya gangguan gerak lengan (fisioterapi) dilakukan untuk merehabilitasi seseorang agar terhindar dari cacat fisik melalui serangkaian pencegahan,

diagnosis, serta penanganan untuk menangani gangguan fisik pada tubuh akibat cedera atau penyakit.

#### **b. Terapi Paliatif**

Terapi paliatif adalah terapi yang diberikan kepada penderita untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit berat seperti kanker payudara. Tujuan dilakukan terapi ini yaitu bukan untuk menyembuhkan pasien tetapi membantu mengurangi keluhan dan gejala dari penyakitnya. Terapi ini dilakukan dengan pendekatan psikologis, mental, spiritual, sosial, bahkan financial sehingga membuat pasien lebih tenang. Terapi ini juga dapat dilakukan oleh keluarga untuk memberikan dukungan moral kepada anggota keluarga pasien. Anggota keluarga pasien pun harus diberikan dukungan psikososial karena bebas emosional dan fisik yang ditanggungnya untuk merawat pasien.

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan hipertensi meliputi tingkat kesadaran, hasil tanda-tanda vital, frekuensi jantung meningkat, irama nafas meningkat (Padila, 2013).

Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu : adanya keluhan sakit kepala, pusing leher tegang. Keluhan penyakit saat ini : mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit jantung atau riwayat penyakit hipertensi, kebiasaan makan makanan tinggi kalium, kebiasaan minum alcohol, dan merokok, stress.

Data objektif: airway adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas normal. Breathing dilakukan auskultasi dada terdengar normal, Respiration rate >24x/mnt. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipertensi). Perubahan

frekuensi jantung (bradikardi, takikardi). Disability adanya lemah/lelah, pusing, mual/muntah.

Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya penurunan kesadaran, perubahan fungsi gerak, perubahan penglihatan. Riwayat social dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalahgunaan alcohol dan adanya riwayat darah tinggi tak terkontrol. Pada sirkulasi adanya peningkatan nadi, irama, denyut nadi kuat, ekstremitas teraba hangat/dingin warna kulit cyanosis, pucat, kemerahan, capillary refill time <2 detik, adanya edema pada muka, tangan, tungkai. Adanya perubahan praeliminasi uri dan fekal, penurunan nafsu makan, muntah. Pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian yaitu PQRST. Faktor pencetus (P: provoke), kualitas (Quality), lokasi (Region), keparahan (S: severe) dan durasi (T: time).

Setelah melakukan pengkajian primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi yang pertama, pemeriksaan tingkat kesadaran sebagai indikator yang paling awal dan paling dapat dipercaya dari perubahan status dan keadaan neurologis, juga peningkatan tekanan intracranial ditandai dengan sakit kepala, mual/muntah dan pemeriksaan skala pengukuran otot di ukur dengan (0) kontraksi otot tidak terdeteksi, (1) kejapan yang hamper tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi, (2) pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi, (3) pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan, (4) pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit melawan tahanan (5) pergerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot (kekuatan otot normal).

Pengkajian responsiveness (kemampuan untuk bereaksi) pengkajian menggunakan level kesadaran kuantitatif yaitu composmentis yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya. Apatitis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh. Delirium yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu)



memberontak, berteriak-teriak, berhalunasi, kadang berhayal. Somnolen (obtundasi, letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal. Stupor (spoor, koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri, coma (comatose) yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak bisa respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin tidak ada respon pupil terhadap cahaya) dengan Glasgow coma scale (GCS), respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik.

Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya. Eye (respon membuka mata) : (4) : spontan, (3) : dengan rangsangan suara (suruh pasien membuka mata), (2) : dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri misalnya menekan kuku jari), (1) : tidak ada respon. Verbal (respon verbal) : (5) orientasi baik, (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu, (3) : kata-kata saja.

#### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu : nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi suplai syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping terapi kanker ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien sulit tidur, ekspresi nyeri dan kelemahan gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker.

Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi, resiko tinggi kerusakan mukosa mulut berhubungan dengan efek samping kemoterapi dan radiasi dan resiko tinggi infeksi berhubungan tidak adekuatnya pertahanan tubuh/ sistem imun dan resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi, defisit imunogolik, penurunan intake nutrisi dan anemia.

### **2.2.3. Perencanaan**

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa pertama yaitu: nyeri akut berhubungan dengan keganasan penyakit (kanker). Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu: kaji pengalaman klien sebelumnya terhadap penyakit yang dideritanya sebagai data- Diagnosa ke dua yaitu nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit (penekanan / kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi system suplai syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, ekspresi nyeri dan kelemahan. Tujuan akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau dapat teratasi dengan kriteria hasil: klien mampu mengontrol rasa nyeri, melaporkan nyeri yang dialami, mengikuti program pengobatan dan mendemonstrasikan teriagnorelaksasi. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kaji jenis dan tingkat riwayat nyeri, lokasi, durasi, dan intensitas untuk memberikan informasi yang diperlukan untuk merencanakan asuhan, minta pasien untuk menggunakan sebuah Skala I sampai 10 untuk menjelaskan tingkat nyeri untuk memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri pasien, atur periode istirahat tanpa terganggu tindakan ini untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan peningkatan tingkat energi yang penting untuk peningkatan nyeri, lakukan Teknik relaksasi, relaksasi dan sentuhan terapeutik untuk membantu meringankan nyeri yang di rasakan, berikan analgetik sesuai indikasi untuk mengatasi nyeri.

Gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker. Tujuan yang akan dicapai yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi atau adekuat dengan kriteria hasil: klien dapat menunjukkan berat badan yang stabil, hasil lab normal, dan tidak ada tanda-tanda malnutrisi, menyatakan pengertiannya terhadap perlunya intake yang adekuat, berpartisipasi dalam penatalaksanaan diet yang berhubungan dengan penyakitnya.

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor intake makanan setiap hari, apakah klien makan sesuai dengan kebutuhannya untuk memberikan informasi tentang status gizi klien, timbang berat badan

dan amati penurunan berat badan untuk memberikan informasi tentang status gizi klien, kaji pucat, penyembuhan luka yang lambat untuk menunjukkan keadaan gizi klien sangat buruk, anjurkan klien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dengan intake cairan yang adekuat dan anjurkan pula mengkonsumsi makanan dalam porsi kecil, ciptakan suasana makan yang menyenangkan misalnya makan Bersama keluarga agar klien merasa berada di rumah sendiri. Kaji membran mukosa mulutnya secara rutin, perhatikan adanya eritema, ulcerasi untuk mengetahui proses penyembuhan dan tanda-tanda infeksi serta masalah dengan kesehatan mulut yang dapat mempengaruhi intake makanan dan minuman dan anjurkan klien memelihara kebersihan kulit dan mulut untuk meningkatkan integritas kulit dan kepala.

Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien dapat mengetahui penyakitnya dengan kriteria hasil yaitu klien dapat menyatakan secara akurat tentang diagnosis dan pengobatan, mengikuti prosedur dengan baik dan menjelaskan tentang alasan mengikuti prosedur tersebut, mempunyai inisiatif dalam perubahan gaya hidup dan berpartisipasi dalam pengobatan, bekerjasama dengan pemberi informasi. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu review pengertian klien dan keluarga tentang diagnosis pengobatan dan akibatnya untuk menghindari adanya duplikasi dan pengulangan terhadap pengetahuan klien, tentukan persepsi klien tentang kanker dan pengobatannya, ceritakan pada klien tentang pengobatan, ceritakan pada klien tentang pengalaman klien lain yang menderita kanker untuk memungkinkan dilakukan pembenaran terhadap kesalahan persepsi dan konsepsi serta kesalahan pengertian, berikan informasi yang akurat dan faktual.

Jawab pertanyaan secara siganose hindarkan informasi yang tidak di perlukan untuk membantu klien dalam memahami proses penyakit, berikan bimbingan kepada klien/keluarga sebelum mengikuti prosedur pengobatan, anjurkan klien untuk memberikan umpan balik verbal dan mengkoreksi tentang penyakitnya untuk mengetahui sampai sejauh mana pemahaman klien dan keluarga mengenai penyakit klien. Resiko tinggi

kerusakan membran mukosa mulut berhubungan dengan efek samping kemoterapi dan radiasi.

Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan membran mukosa mulut dengan kriteria hasil membrane mukosa tidak menunjukkan kerusakan, terbebas dari inflamasi dan ulcerasi, klien mengungkapkan penyebab secara verbal, klien mampu mendemonstrasika mempertahankan/ menjaga kebersihan rongga mulut. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu kaji kesehatan gigi dan mulut klien untuk mengkaji perkembangan proses penyembuhan dan tandatanda infeksi, kaji rongga mulut, amati perubahan mukosa membran amati perubahan rasa kecap, kekentalan ludah untuk masalah dengan kesehatan mulut dapat mempengaruhi pemasukan makanan dan minuman, instruksikan perubahan pola diet, misalnya hindari makanaan panas, pedas, asam, hindarkan makanan yang keras untuk mencegah rasa tidak nyaman dan iritasi lanjut pada membran mukosa, berikan obat sesuai indikasi, analgetik, diagnosa untuk tindakan terapi yang dapat menangani infeksi dalam mulut.

Risiko tinggi infeksi berhubungan tidak adekuatnya pertahanan tubuh/sistem imun. Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi, tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengunjung juga dianjurkan untuk melakukan hal yang sama untuk mencegah terjadinya infeksi silang, jaga personal hygiene klien dengan baik untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup, monitor diagnosa untuk meningkatkan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi, kaji semua diagnosa untuk melihat tanda-tanda infeksi untuk mencegah/mengurangi terjadinya resiko infeksi, berikan antibiotic bila diindikasikan untuk adanya indikasi yang jelas sehingga diagnosa yang dapat diberikan dapat mengatasi organisme penyebab infeksi.

Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi deficit imunologik, penurunan intake nutrisi dan anemia. Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil klien dapat mengidentifikasi intervensi yang berhubungan dengan kondisi spesifik, berpartisipasi dalam pencegahan komplikasi dan percepatan penyembuhan dan integritas kulit baik. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu kaji integritas kulit untuk melihat adanya efek samping terapi kanker, amati penyembuhan luka untuk memberikan informasi untuk perencanaan asuhan keperawatan dan mengembangkan identifikasi awal terhadap perubahan integritas kulit, anjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang merasa gatal untuk menghindari perlukaan yang dapat menimbulkan infeksi, ubah posisi klien secara teratur untuk menghindari penekanan yang terus menerus pada suatu daerah tertentu.

#### **2.3.4. Pelaksanaan**

- a. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan.
- b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan pasien dari nyeri.
- c. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien.
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk menambah pengetahuan klien tentang penyakit.
- e. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi resiko kerusakan membrane mukosa mulut.
- f. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi resiko infeksi.

#### **2.3.5. Evaluasi**

- a. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien dapat menurunkan tingkat kecemasannya dengan criteria hasil : TTV dalam batas normal, klien dapat mengurangi rasa cemasnya, tampak rileks dan menunjukkan koping yang efektif serta mampu berpartisipasi dalam pengobatan.

- b. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien terbebas dari nyeri dengan kriteria hasil: skala nyeri 2, pasien tidak meringis, pasien dapat beristirahat dengan baik, pasien dapat mengontrol nyeri.
- c. Evaluasi pada diagnosa adalah : asupan nutrisi klien adekuat dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat, pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan.
- d. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien dapat mengetahui tentang penyakit dengan kriteria: klien dapat mengikuti prosedur pengobatan dengan baik, dan bekerja sama dengan pemberi informasi.
- e. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien terbebas dari resiko kerusakan membran mukosa mulut dengan kriteria mukosa bibir lembab, tidak menunjukkan adanya kerusakan. .
- f. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien terbebas dari resiko infeksi dengan kriteria: luka tampak bersih, tidak bernanah, tidak membusuk.
- g. Evaluasi pada diagnosa adalah : klien terbebas dari resiko kerusakan integritas kulit dengan kriteria kulit tampak bersih, tidak terdapat luka.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PENBAHASAN**

#### **3.1. Studi Kasus**

##### **3.1.1. Pengkajian**

Pada hari senin tanggal 27 Mei 2019 mahasiswa melakukan pengkajian pada pasien bernama Ny.Y.G di ruangan Cempaka. Dengan nomor rekam medik 492059. Pasien berjenis kelamin perempuan, umur 58 tahun, beragama Katolik, bertempat tinggal di Nagakeo, Flores dan bekerja sebagai petani. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 15 Mei 2019 jam 22.00 WITA dengan diagnosa medis Ca Mammae.

Saat ini pasien mengeluh nyeri pada area luka pada payudara kanan dan nyeri menyebar sampai ke belakang seperti tertusuk - tusuk dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang), pasien tampak meringis kesakitan, nyeri muncul saat bergerak dan beraktivitas. Selain nyeri, pasien juga mengeluh pusing dan mudah capek dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan mulai timbul keluhan sejak bulan januari setelah mengikuti acara pesta. Pasien mengalami sakit demam, sesak napas dan teraba benjolan sebesar biji kelereng pada payudara kanan tidak sakit saat disentuh.

Pasien lalu diantar oleh keluarga berobat ke RS Ende dengan hasil rontgen di vonis dokter tumor paru. Pasien dirujuk ke RS. Leona Kupang, dirawat selama seminggu lalu dirujuk lagi ke RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes dengan keluhan sesak napas. Pada tanggal 18 Mei 2019 dilakukan efusi pleura. Pasien mengatakan sudah jauh lebih baik keadaannya yaitu sesak berkurang tetapi benjolan pada payudara makin memberikan.

Pasien mengatakan pernah sakit DM pada tahun 2015 tetapi tidak minum obat secara rutin. Pasien juga tidak pernah minum alkohol, maupun merokok dan tidak mengkonsumsi kopi dan obat-obatan. Di dalam keluarga, orang tua pasien sudah meninggal dunia. Ny Y.G anak ke dua dari empat bersaudara. Orang tua dari suami pasien juga sudah meninggal memiliki dua orang anak laki-laki. Pasien melahirkan anak pertama pada umur 28 tahun. Anak pertama dan kedua sudah menikah, dari keturunan



Ny.Y.G ibu kandung pasien pernah menderita penyakit yang sama dengan terdapat benjolan di pada payudara dan membesar.

Penyakit yang dialami orang tua pasien tidak separah dengan keadaan pasien saat ini. Dari hasil pemeriksaan didapatkan; Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan TTV: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 74 x / menit. Pasien mengatakan kadang merasa pusing, bentuk dan ukuran kepala dan leher normal. Tidak terdapat luka atau lesi pada kepala dan leher, Pemeriksaan wajah simetris, konjungtiva tampak pucat, pasien memakai kaca mata saat membaca, tidak ada masalah pada telinga dan pasien mampu mendengar dengan baik. Pada pemeriksaan hidung tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan mulut, bibir pucat dan mukosa bibir kering, gigi pasien sudah tanggal 3 buah.

Tenggorokan tidak ditemukan masalah. Pada pemeriksaan kardiovaskuler tidak ditemukan masalah, kesadaran pasien compos mentis dan GCS : E4 V5 M6. Bentuk dada tidak simetris karena terdapat masa diameter 4-5 cm pada payudara kanan. Capillari refill normal dengan cara menekan ujung jari tangan kembali < 3 detik. Pada area samping payudara pasien terdapat luka post efusi pleura. vena jugularis tidak teraba. Saat diperkusi tidak ada pembesaran jantung dan saat di auskultasi tidak ada masalah. Pada saat pemeriksaan pernapasan tidak ada masalah, irama napas teratur, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Saat dilakukan pemeriksaan, inspeksi keadaan bibir tampak pucat dan warna mukosa bibir pucat, turgor kulit normal, tidak terdapat luka, perdarahan dan tanda-tanda radang. keadaan abdomen normal, warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka dan pembesaran abdomen, keadaan rektal normal, tidak ada luka dan perdarahan.

Pada pemeriksaan bising usus 16 x /menit. Pada saat perkusi dan palpasi tidak ditemukan masa, tingkat kesadaran compos mentis, GCS E4, M5, V6, Pupil isokor pasien tidak mengalami kejang dan kelumpuhan. Pada saat dikaji pasien tampak terbaring ditempat tidur dengan semua aktivitas dibantu oleh keluarga, pada tangan tidak ada pembengkakan dan pada ke dua kaki terdapat nyeri sendi, reflex sendi normal, kekuatan otot normal.

Pada saat dikaji terdapat masa di payudara kanan yang menyebar ke aksila, turgor kulit sekitar mammae tidak normal, warna kemerahan, tidak ada petechi. Pada saat dilakukan pemeriksaan, tidak ditemukan gangguan pada system perkemihan, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kateter, produksi urin : intake cairan yaitu melalui cairan infus NaCL 0,9% dan oral 1600 ml, bentuk alat kelamin normal. Saat dikaji tidak ditemukan masalah. Ny Y.G berumur 58 tahun, memiliki 5 anak dan tidak pernah abortus. sudah menopause, keadaan payudara terdapat masa pada payudara kanan kebiasaan sebelum sakit pasien dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan, nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan, sering minum air setiap hari 1600cc, perubahan sebelum sakit BB : 60 : TB 152 cm.setelah sakit BB : 48 TB 152. Pasien tetap menghabiskan porsi makanan yang diberikan, seperti ubi talas, ubi kayu dan jagung bosc.

Kebiasaan buang air kecil yaitu frekwensi dalam sehari 5-7 x / hari berwarna kuning, bau khas air kencing, jumlah / hari 900-1200cc, perubahan selama sakit yaitu 4-5 x / hari, kebiasaan buang air besar satu kali sehari dengan konsistensi lunak, berbau khas BAB, warna kuning kecoklatan.

Kegiatan sehari - hari adalah berjalan kaki ke kebun, dan saat ini pasien hanya terbaring ditempat tidur dengan semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Pasien biasa tidur malam jam 21.00 dan akan terbangun pada pagi hari jam 05.00, tidur siang tidak menentu jamnya. Pasien akan terbangun saat merasa nyeri. Pasien mengatakan orang yang paling dekat adalah suami, anak-anaknya serta keluarga kandung. Pasien terlibat dalam organisasi aktif di desa.

Pasien mengatakan selalu berdoa bersama kaum wanita Katolik dalam komunitasnya, setiap pagi hari selalu ke gereja dan pada hari minggu. Persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita, pasien menerima keadaan Yang dialami. Pada tanggal 23 Mei 2019 pemeriksaan gula darah puasa hasilnya : 154 dan gula darah sesaat hasilnya : 213. Pada tanggal 27 mei 2019 pemeriksaan gula darah puasa hasilnya 213 dan gula darah sesaat hasilnya : 180 Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan pemeriksaan biopsy.

### **3.1.2. Perumusan Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data - data yang dikaji dengan menetapkan masalah, penyebab dan data penunjang.

Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan keganasan penyakit  
Data yang muncul yaitu pasien mengatakan nyeri hilang timbul pada mammae kanan dan menjalar ke bagian belakang nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5 (nyeri sedang) pasien tampak meringgis kesakitan, nyeri muncul setelah beraktivitas.
2. Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Yang ditandai dengan pasien nampak bingung, dan sering bertanya tanya tentang penyakitnya.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik,  
Data yang muncul yaitu: pasien hanya terbaring di tempat tidur karena mengeluh pusing dan mudah lelah sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

### **3.1.3. Intervensi Keperawatan**

Dalam tahapan perencanaan menggunakan NANDA NIC NOC (2016) yaitu:

- a. Untuk diagnosa pertama adalah Nyeri akut berhubungan dengan keganasan penyakit. Outcome setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15-30 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria hasil : dapat mengenali kapan nyeri terjadi dengan skala 5 (secara konsisten menunjukkan) mampu menjelaskan faktor penyebab terjadinya nyeri (skala 5) mampu menggunakan teknik pengurangan nyeri, (teknik relaksasi) melaporkan nyeri yang terkontrol (5), TTV dalam batas normal : TD 120/ 80 mmHg, N 80 x / menit, S 36<sup>0</sup>C. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu: Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi: lokasi, durasi, karakteristik dan frekwensi.

Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi dan

distraksi) kolaborasi pemberian obat analgetik yaitu ketorolaks, anjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, gunakan bantal untuk menopang area nyeri.

- b. Untuk diagnosa ke dua adalah kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. dengan outcome setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui dengan jelas tentang definisi penyakit, penyebab dan tanda gejala penyakit serta pengobatan dan pencegahan penyakit. Dengan kriteria hasil : pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang di jelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat, gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.
- c. Untuk diagnosa ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dengan outcome yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien dapat mentoleransi aktivitas dengan kriteria hasil yaitu, keseimbangan antara kegiatan dan istirahat (5), kegiatan sehari-hari ADL (5), kualitas istirahat skala (5), NIC yang dapat dilakukan adalah kaji status Fisiologis Yang menyebabkan kelelahan, anjurkan pasien untuk mengungkapkan kelelahan, monitor intake dan output untuk mengetahui sumber energy yang adekuat, monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan yang dialami, lakukan ROM aktif dan pasif untuk menghilangkan ketegangan otot, instruksikan pasien untuk beraktifitas diselingi istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan mencegah kelelahan, bantu pasien memenuhi kebutuhan aktifitasnya sesuai dengan tingkat keterbatasan klien seperti mandi, makan dan BAK, anjurkan pasien untuk istirahat bila terjadi kelelahan untuk menambah energi.

#### **3.1.4. Implementasi Keperawatan.**

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan dimulai dari tanggal 27 – 29 Mei 2019, pada hari pertama, tanggal 27 Mei dilakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan faktor keganasan penyakit, diagnosa kedua kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Pada diagnosa pertama nyeri berhubungan dengan faktor keganasan penyakit, implementasi yang telah dibuat adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, durasi, karakteristik, frekwensi. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi misalnya relaksasi dan distraksi. Kolaborasi pemberian obat analgetik yaitu ketorolaks, bantu pasien untuk mendapatkan posisi nyaman dengan menggunakan bantal untuk menopang nyeri dan menganjurkan nutrisi yang adekuat. Melakukan TTV pada jam (11`30)

Pada hari kedua, Selasa 28 Mei 2019. Implementasi diagnosa kurang pengetahuan tentang penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Menggali pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita, memberikan informasi dengan bahasa sederhana kepada pasien dan keluarga, anjurkan kepada pasien untuk minum obat yang telah diberikan.

Pada tanggal 28 Mei 2019 dilakukan tindakan dengan mengkaji ulang diagnosa nyeri akut yang dirasakan pasien dengan skala nyeri (10) mengajarkan teknik-teknik pengontrolan nyeri seperti teknik relaksasi, membantu posisi yang nyaman bagi pasien. Melayani injeksi ketorolaks 1 Ampul. Implementasi diagnosa kurang pengetahuan melakukan penyuluhan gunakan media leaflet. Pada implementasi hari ke 3 tanggal 29 Mei 2019 pada diagnosa nyeri akut yaitu membantu pasien mempersiapkan diri untuk melakukan biopsi ke kamar operasi.

#### **3.1.5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan

yang diberikan. Mahasiswa melakukan evaluasi pada tindakan berdasarkan diagnosa yang ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi hasil pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan faktor keganasan penyakit belum teratasi, pasien mengatakan nyeri pada mammae kanan masih nyeri hilang timbul skala nyeri 5 (nyeri sedang) evaluasi pada diagnosa kedua yaitu pasien dan keluarga sudah tahu dan mengerti tentang penyakit yang diderita.

### **3.2. Pembahasan**

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang di temukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. Y.G dengan diagnosa ca mammae di ruang cempaka RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian sampai pada evaluasi keperawatan. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan adalah mengambil data-data melalui proses wawancara (anamnesa) dan melalui pengkajian fisik, dimana data-data yang diambil dapat berupa data primer maupun sekunder dan dapat bersifat subyektif maupun obyektif. Kemudian data-data yang telah didapat, dianalisa untuk menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan rumus P E S S (*Problem, Etiologi, Sign and symptom*). Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan dengan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention* (NIC). Setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Setelah melakukan tindakan keperawatan, yang harus dilakukan adalah melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif ( hasil).

### **3.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dari proses keperawatan dari pengkajian ini dapat kita lihat perbedaan kasus dengan teori yaitu: Menurut Benson, dkk (2009) faktor resiko sedang terjadi pada wanita yang telah mengalami menopause > 50 tahun, menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang terjadi pada Ny Y.G dimana usianya 58 tahun. Menurut teori NANDA (2016) gejala kanker payudara yaitu terasa nyeri. Pada kasus ca mammae ditemukan keluhan utama pasien rasa nyeri dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang).

Menurut Ralph, dkk, (2009) faktor kehamilan pertama >35 tahun merupakan faktor resiko untuk terjadi kanker ca mammae, menurut penelitian keadaan pasien tidak sejalan dengan teori karena pasien melahirkan anak pertama umur 28 tahun ada riwayat ca mammae pada ibu/saudari (Adra, Dkk, 2013) menurut peneliti keadaan pasien sejalan dengan teori tersebut dimana Ny Y.G memiliki riwayat keluarga dimana ibunya juga menderita penyakit yang sama yaitu ca mammae Menurut Daniele, Dkk (2000) tujuan dilakukan biopsy adalah untuk menentukan bila ada masa maligna dan jenis atau grade ca mammae. Menurut Haryanto (2009) tindakan biopsy (pembedahan disertai pengambilan jaringan untuk diteliti dibawah mikroskop) merupakan salah satu diagnosis dari penentuan penyakit ca mammae. Dengan cara ini benjolan yang ada didalam payudara akan terdeteksi dengan sifat-sifatnya baikitu tumor jinak maupun tumor ganas. Menurut peneliti hal ini sama dengan keadaan pasien dimana pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan biopsy.

### **3.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA (2015) Diagnosa keperawatan yang dapat diambil pada pasien dengan ca mammae adalah nyeri kronik berhubungan dengan adanya penekanan masa tumor, deficit pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan pengobatan penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi

Setelah data divalidasi maka seorang perawat dapat memulai dengan perumusan diagnosa dengan menggunakan proses berpikir kritis. Dalam perumusan diagnosa tentu saja perawat harus menjawab banyak



pertanyaan yang menuntun perawat untuk berpikir kritis. Yang pertama menetapkan apakah ada masalah, kedua menentukan penyebab timbulnya masalah pada pasien dan menetapkan data pendukung timbulnya masalah.

### **3.2.3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah proses atau langkah untuk menentukan apa yang akan dilakukan, siapa yang melaksanakan, kapan dilaksanakan, dan alat yang dibutuhkan (Wedho, Dkk, 2018).

Pada kasus Ny Y.G ditemukan kesenjangan - kesenjangan antara teori dan kasus nyata yaitu pada diagnosa pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan faktor keganasan penyakit, menurut peneliti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang di temukan pada pasien dimana semua tindakan sesuai dengan kriteria yang akan dilakukan.

Diagnosa kedua adalah kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit diet, perawatan pengobatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan, menurut peneliti teori sejalan dengan rencana tindakan dimana semua intervensi akan dilakukan untuk mencapai kriteria yang diharapkan.

### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Menurut Casey, 2000 metode perawatan luka adalah menggunakan prinsip modern dressing dimana luka harus dijaga kelembapannya. Pada perawatan luka pasien digunakan cultimed gel yang berfungsi untuk menyerap cairan luka dan menstimulus proses pembekuan darah, dan cultmed sorbact untuk membersihkan nanah dan mengangkat bakteri. Menurut peneliti tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek dimana perawatan luka menggunakan prinsip steril dan diterapkan metode modern dressing.

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny Y.G semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang proses keperawatan tetapi bukan merupakan langkah akhir dari proses karena informasi diperoleh saat evaluasi digunakan untuk memulai siklus baru. Evaluasi pada Ny Y.G sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam

evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi, pasien mengatakan pada mamae kanan masih timbul nyeri hilang timbul hingga menjalar ke belakang.

Pada diagnosa ke dua kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi, pasien dan keluarga telah mengerti dan mengetahui penyebab, gejala serta pengobatan dan pencegahan penyakit.

### **3.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan untuk menilai kualitas, nilai, kelayakan, suatu asuhan keperawatan. Dalam proses keperawatan evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan tetapi bukan merupakan langkah akhir dari proses karena informasi yang diperoleh saat evaluasi digunakan untuk memulai siklus baru (Wedho, dkk, 2018).

Evaluasi pada Ny. Y.G sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi, pasien mengatakan pada bagian mamae kanan masih nyeri menjalar ke belakang punggung, pasien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5. Pada diagnosa kedua defisit pengetahuan tentang penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan pasien dan keluarga ditandai dengan adanya respon positif dari pasien dan keluarga selanjutnya pada diagnosa ketiga defisit inteloransi aktivitas, pasien mengatakan masih lemah, mudah capek dengan semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1.Kesimpulan**

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien ca mammae (kanker payudara) dan merawat menggunakan metode pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan terorganisir, dapat disimpulkan bahwa mahasiswa telah mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny Y.G dengan diagnosa ca mammae.

- 4.1.1 Pada saat dikaji terdapat massa di payudara kanan yang menyebar ke aksila, turgor kulit sekitar mammae tidak normal, warna kemerahan, tidak ada petechi. Pada saat dilakukan pemeriksaan, tidak ditemukan gangguan pada system perkemihan, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kateter, produksi urin : intake cairan yaitu melalui cairan infus NaCL 0,9% dan oral 1600 ml, bentuk alat kelamin normal.
- 4.1.2 Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosis keperawatan yang diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (ca mammae).
- 4.1.3 Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien. Pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Y.G penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami klien dengan melakukan pengkajian nyeri secara komperensif, memasang infus, memberikan obat anti nyeri, mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, mengambil darah vena, dan begitu juga dengan diagnosa deficit pengetahuan.
- 4.1.4 Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, evaluasi keperawatan pada Ny. Y.G menggambarkan kondisi Ny. Y.G Sudah mulai membaik ditandai dengan nyeri berkurang, leher tidak tegang lagi dan tidak pusing, dan mengetahui keadaan penyakit yang dirasakan baik pengertian,

penyebab, tanda dan gejala, perjalanan penyakit dan tindakan pencegahan maupun penatalaksanaanya.

- 4.1.5 Hasil evaluasi pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Evaluasi dilakukan selama empat kali setiap kali melakukan implementasi. Masalah keperawatan belum teratasi, pada area payudara nyeri kadang timbul secara tiba – tiba tetapi pasien masih merasakan nyeri menjalar ke belakang punggung.

## **4.2.Saran**

### **1. Bagi Perawat**

Bagi petugas ruangan sebaiknya melakukan tindakan nonfarmakologi seperti tindakan relaksasi untuk mengatasi nyeri dan perawatan luka dilakukan menggunakan metode *modern dressing* dimana dilakukan teknik perawatan luka dengan menjaga kelembapan luka.

### **2. Bagi Institusi**

Diharapkan pihak instansi pendidikan memberikan waktu yang cukup kepada mahasiswa dalam melakukan praktek kerja lapangan, sehingga dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan perawatan khususnya perawatan pada pasien Ca Mamae.

### **3. Bagi Keluarga**

Semoga dengan penulisan studi kasus ini pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang Ca Mamae dan mampu memberikan perawatan kepada pasien selama masa pemulihan dirumah, dengan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter.

### **4. Bagi Pasien**

Semoga dengan penulisan studi kasus ini pasien dapat memahami tentang penyakit yang diderita dan bagaimana cara penanganan serta pencegahannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andra, Ns. Saferi Wijaya, S. Kep dan Ns. Yessie mariza S.Kep.2013. KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). Yogyakarta Nuha Medika.
- Goleman, Danielle. (2000) Emosional Intelegence, Gramedia Pustaka : Jakarta
- Dinkes Prov.NTT. 2016. Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur Tahun 2016. Kupang: Dinkes NTT
- Kemenkes RI. Info Data Dan Informasi Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta : Kemenkes RI; 2014.
- Mansjoer, A. Dkk. (2000). Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : Media Aesculapius.
- Nurarif & Kusuma. 2013. Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta : Medi Action
- \_\_\_\_\_. 2015. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta : Medi Action.
- Nugroho, (20009) Keperawatan Gerontik & Geriatrik, Edisi 3. Jakarta : EGC
- Padila. (2013). Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Riskedas. 2018. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Depkes RI
- Smeltzer, S. C. And Bare, B. G. 2012.Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Sudart Edisi 8. Jakarta: EGC
- Wijaya, Andra S &Putri, Yesi M. 2013. Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO. 2016, Global Status Report On NCD [http://apps.who.int/iris/bistream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bistream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf).diakses pada tanggal 2 April 2019.
- Wedo, dkk. (2018).



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256:

Fax (0380) 8800256: Email: poltekkeskupang@yahoo.com

NAMA MAHASISWA : Maria De Fatimah Dos Remedios

NIM : PO. 530320116358

**FORMAT PENGKAJIAN DEWASA**

Nama Pasien : N.y Y.G

Ruang/kamar : Cempaka

Dianosa medis : Ca Mamae

No. Medical record : 512868

Tanggal pengkajian : 27 Mei 2019 Jam : 08.30

Masuk rumah sakit : 15 Mei 2019 Jam : 10.00

**Identitas Pasien**

Nama : N.y Y.G Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/tanggal lahir : 61 / 1/12/1958 Tahun Status : Menikah

Agama : Kristen Katolik Suku Bangsa : Flores

Pendidikan : SMP Pekerjaan : IRT

Alamat : Desa Pautola

**Identitas Penanggung**

Nama : Tn. V.P Pekerjaan : Petani

Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan : Suami Klien

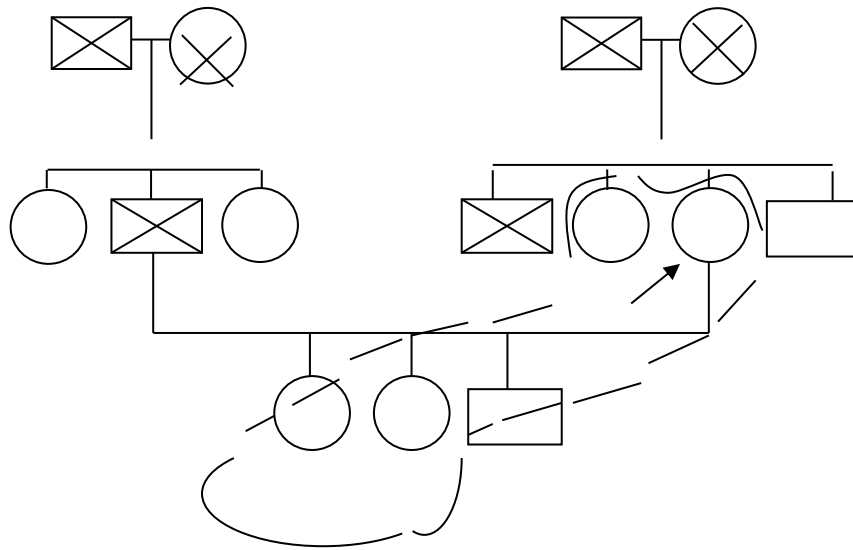
Alamat : Desa Pautola

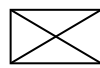
## **Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul pada payudara bagian kanan.
  - Kapan : sejak tiga bulan lalu
  - Lokasi : dada menjalar ke telinga belakang
2. Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbul keluhan : saat pasien lelah melakukan aktivitas
  - Sifat keluhan : tertusuk – tusuk
  - Lokasi : payudara kanan menjalar ke belakang
  - Keluhan lain yang menyertai : batuk
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan yang menimbulkan serangan pada pasien : tidak ada.
3. Upaya yang di lakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : keluarga membawa pasien untuk di rawat di rumah sakit.
4. Riwayat Penyakit Sebelumnya :
  - Riwayat penyakit yang pernah diderita : sebelumnya pasien menderita DM
  - Riwayat Alergi : Tidak ada alergi terhadap obat dan makanan.
  - Riwayat Operasi : Pasien belum pernah dioperasi
5. Keniasaan
  - Merokok
    - Ya
    - **Tidak**
  - Minum alkohol
    - Ya
    - **Tidak**
  - Minum kopi
    - Ya
    - **Tidak**
  - Minum obat – obatan
    - **Ya**
    - Tidak


## Riwayat Keluarga / Genogram (Diagram Tiga Generasi)

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*




 : Perempuan Meninggal

 : Laki-laki meninggal

 : Perempuan hidup

 : Laki-laki hidup

 : Pasien

— — : Tinggal serumah



## Pemeriksaan Fisik

### 1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 130/80 mmHg
- Nadi : 72x/menit
- Pernapasan : 18 x/menit
- Suhu badan : 35,5°C

### 2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
- Sakit kepala : tidak ada keluhan sakit kepala
- Pusing : pasien merasa pusing

#### Ya tidak

- Bentuk, ukuran dan posisi :

#### Normal

#### Abnormal

- Lesi : ada, jelaskan : **tidak ada**
- Massa : ada, jelaskan : **tidak ada**
- Observasi wajah : asimetris, jelaskan : **Simetris**
- **Penglihatan**
  - Konjungtiva : Anemis
  - Sklera : Normal
  - Pakai kaca mata : **Ya**, jelaskan : saat baca tidak
  - Penglihatan kabur : **Ya**, jelaskan : faktor usia tidak
  - Nyeri : Tidak
  - Peradangan : Tidak
  - Operasi : Pasien tidak pernah mengoperasi mata.
- **Pendengaran**
  - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : **tidak**
  - Nyeri : Ya, jelaskan : **tidak**
  - Peradangan : Ya, jelaskan : **tidak**
- **Hidung**
  - Alergi Rhinitis : Ya jelaskan, : **tidak**
  - Riwayat polip : Ya jelaskan, : **tidak**
  - Sinusitis : Ya jelaskan : **tidak**
  - Epistaksis : Ya jelaskan : **tidak**

- **Tenggorokan dan mulut**

- Keadaan gigi : Ya jelaskan : **tidak**
- Caries : Ya jelaskan : **tidak**
- Memakai gigi palsu : Ya jelaskan : **tidak**
- Gangguan bicara : Ya jelaskan : **tidak**
- Gangguan menelan : Ya jelaskan : **tidak**
- Pembesaran kelenjar leher : Ya jelaskan : **tidak**

### 3. Sistem kardiovaskuler

- Nyeri dada : Ya jelaskan : **tidak**

- **Inspeksi**

Kesadaran / GCS : E : 4 : V : 5 : M : 6 : CM  
 Bentuk dada : **Abnormal**, ada massa pada mamae bagian kanan  
 Bibir : Sianosis : **Normal**  
 Kuku : Sianosis : **Normal**  
 Capillary refill time : Abnormal : **Normal**  
 Tangan : Edema : **Normal**  
 Kaki : Edema : **Normal**  
 Sendi : Edema : **Normal**  
 Ictus cordis/Apical Pulse : **Teraba** : Tidak teraba  
 Vena jugularis : teraba : **Tidak teraba**

- Perkusi : Pembesaran Jantung : **Normal**
- Auskultasi : BJ 1 : Abnormal : Normal  
 BJ 2 : Abnormal : Normal

Mur – Mur :

#### 4. Sistem respirasi

- Keluhan : batuk kering
- Inspeksi

Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**  
Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**  
Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul, wheezing) : **tidak**  
Irama napas : Teratur  
Rekraksi otot pernapasan : Ya : Tidak  
Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya jelaskan Oksigen masker : **Tidak**  
• Perkusi : cairan : Ya : Tidak

Udara : Ya : Tidak  
Massa : Ya : Tidak  
• Auskultasi

Inspirasi : **Normal** : Abnormal  
Ekspirasi : **Normal** : Abnormal  
☐ Ronchi : Ya : **Tidak**  
☐ Wheezing : Ya : **Tidak**  
☐ Krepitasi : Ya : **Tidak**  
☐ Rales : Ya : **Tidak**  
Clubbing Finger : **Normal** : Abnormal

#### 5. Sistem pencernaan

- Keluhan : Nyeri Ulu Hati
- Inspeksi :

Turgor kulit : Abnormal jelaskan : **Normal**  
Keadaan bibir : **Kering**  
Keadaan rongga mulut :  
Warna mukosa : Merah  
Luka / perdarahan : Ya jelaskan : **Tidak**  
Keadaan abdomen  
Warna kulit : Pucat  
Luka : **Ya** Post Op Wsd : Tidak  
Pembesaran : Abnormal jelaskan : **Normal**  
Keadaan rektal  
Luka : Ya jelaskan : **Tidak**  
Perdarahan : Ya jelaskan : **Tidak**  
Hemoroid : Ya jelaskan : **Tidak**  
Lecet/tumor/bengkak : Ya jelaskan : **Tidak**  
• Auskultasi :

Bising usus peristaltik : 30x/menit

- Perkusi : cairan : **Normal** : Abnormal

Udara : **Abnormal** perut kembung  
 Massa : **Normal** : Abnormal  
 • Palpasi :

Tonus otot : **Normal** : Abnormal  
 Nyeri : **Normal** : Abnormal  
 Massa : **Normal** : Abnormal

6. Sistem persyarafan

b. Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E/M/V):

E:4 M:5 V:6

c. Pupil : **Isokor**

anisokor

d. Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

f. Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

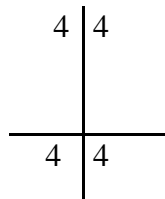
g. Koordinasi gerak : Abnormal Jelaskan **normal**

h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

i. Reflexes : Abnormal Jelaskan **normal**

## 7. Sistem musculoskletas

- a. Keluhan Nyeri pada kaki
- b. Kelainan Ekstremitas : ada **tidak ada**
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
- Refleksi sendi : Abnormal **normal**
- Kekuatan otot : 4
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**
- f. kekuatan otot : 4
- g. **Atropi** hiperthropi normal



## 8. Sistem integumen

- Rash : ada, Jelaskan **tidak ada**
- Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**
- Turgor : normal Warna : pucat
- Kelembaban : **Abnormal**, Jelaskan : Kering normal
- Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**

## 9. Sistem perkemihan

Gangguan :

- Kencing menetes : - Inkontinensia : - Retensi : -
- Gross : - Hematuria : - Disuria : -
- Poliuria : - Oliguria : - Poliguria : -
- Anuria : -
- Alat bantu kateter dan lain – lain : Ya : Tidak
- Kantung kencing membesar : Ya : Tidak

Nyeri tekan : Ya : Tidak  
Produksi urine  
Intake : oral : > 500cc/hari Parenteral : 500 u/hari  
Bentuk alat kelamin : **Normal**  
Uretra : **Normal**  
Lain – lain : **Tidak Ada**

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : **tidak ada**
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- c. Lain – lain : **Tidak ada**

11. Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada keluhan  
Wanita : Siklus menstruasi : -  
Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan masa( + )pada payudara kanan normal.  
☐ Riwayat Persalinan : G 5 P 5 A0  
☐ Abortus : 0  
☐ Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal  
☐ Lain-lain-  
Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**  
Lain-lain :Tidak ada

12. Pola kegiatan sehari – hari

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : 3-4x/hari (pagi siang malam)
- Frekuensi makan : Pasien hanya menghabiskan makanan lunak
- Nafsu makan : sering lapar
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai ikan asin dan buah-buahan
- Banyaknya minuman dalam sehari : 800 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : pahit dan pedis
- BB : 60 kg TB : 155 cm

2. Perubahan selama sakit :Aktivitas Pasien selalu di bantu keluarga

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

- a. Kebiasaan Frekuensi dalam sehari : 5-6 kali Warna : kuning

b. Perubahan selama sakit :lebih sering

2. Buang air besar (BAB)

Kebiasaan : 1x/hari

Warna : kuning

Konsistensi : padat

Frekuensi dalam sehari : 1x/ hari

Bau : khas veses

Perubahan selama sakit : Pasien BAB 2-3 hari sekali,padat

C. Olah raga dan Aktivitas

Kegiatan olah raga yang disukai : Keluarga pasien mengatakan sering jalan kaki ke kebun

Apakah olahraga dilaksanakan secara teratur : Tidak ada

D. Istirahat dan tidur

Tidur malam jam : 10.00 Catatan : kadang-kadang sulit tidur

Bangun jam : 05.00 kadang pasien tidak bangun

Tidur siang jam : tidak tetap

Bangun jam : tidak tetap

Apakah mudah terbangun : ya

**Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suamidan anak-anak.

2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak ada organisasi sosial yang diikuti oleh pasien.

3. Keadaan rumah dan lingkungan : -

Status rumah Rumah sendiri

**Cukup** / tidak

Bising / **tidak**

Banjir / **tidak**

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat ; Keluarga pasien menyatakan pasien selalu membicarakan masalah kekeluarganya.

5. Bagaimana cara anda mengatasi masalah dalam keluarga :

Pasien bercerita kepada suami, anak – anak dan keluarga terdekat.

6. Bagaimana cara berinteraksi dengan keluarga : baik

**Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Keluarga menyatakan pasien selalu aktif dalam Komunitas Doa ibu-ibu
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :pasien sangat aktif

### **Keadaan Psikologis Selama Sakit**

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita :pasien merasa cemas dengan keadaan yang diderita.
2. Persepsi klienterhadapkeadaankesehatannya:

Pasien yakin setelah dirawat di RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang penyakitnya berangsur angsur berkurang dan pasien merasa lebih baik saat ini dibanding saat diflores.

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya :  
Pasien ramah dan terbuka serta aktif menerima petugas dan dokter yang merawat.

### **Data Laboratorium & Diagnostik**

1. Pemeriksaan Darah

No.	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan	
			Tanggal	
			23/05/19	27/5/19
	la darah puasa	82 - 115	154	153
	la darah 2 jam pp	75 - 140	213	180

### **Penatalaksanaan/pengobatan**

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

### **Pembedahan**

- Dilakukan WSD
- Pengobatan

Obat-obatan yang didapat oleh pasien antara lain :

- Paracetamol infus 1gr
- Coditam 3 x 1
- Metformin 3 x



## ANALISA DATA

No	Data - data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS : pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan dan menyebar sampai ke punggung seperti tertusuk-tusuk</p> <p>DO : pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>P : nyeri timbul akibat adanya masa pada mammae kanan.</p> <p>Q : nyeri seperti tertusuk - tusuk.</p> <p>R : nyeri terasa pada mammae kanan.</p> <p>S : skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>T : nyeri muncul pada saat beraktivitas/bergerak</p>	Nyeri Akut	Faktor Keganasan penyakit
2.	<p>DS : keluarga mengatakan klien mudah capek, lelah saat beraktivitas dan hanya terbaring ditempat tidur</p> <p>DO : Pada saat dikaji, pasien tampak terbaring di tempat tidur, tampak lemah sehingga semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.</p>	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan fisik
3.	<p>DS : pasien mengatakan pernah menderita sakit DM sejak Tahun 2015, tetapi pasien tidak minum obat secara teratur.</p> <p>DO : ekspresi pasien murung dan bingung, keluarga bertanya penyebab penyakit</p>	Defisit pengetahuan	kurang paparan sumber informasi

## INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	NIC	NOC
1	Nyeri akut berhubungan dengan faktor keganasan penyakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi ; lokasi,durasi,karakteristik frekuensi.</li> <li>2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan nyeri</li> <li>3. Ajarkan penggunaan tehnik nonfarmakologi (relaksasi dan distraksi)</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat analgetik</li> <li>5. Anjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup.</li> <li>6. Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman,gunakan bantal untuk menopang area nyeri</li> </ol>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan indikator ; a. Penampilan rileks b. Klien mengatakan nyeri berkurang c. Skala nyeri berkurang dari 5 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 2( nyeri ringan).
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status fisiologis yang menyebabkan kelelahan,anjurkan pasien untuk mengungkapkan kelelahan</li> <li>2. Monitor intake dan output untuk mengetahui sumber energi yang adekuat</li> <li>3. Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan yang dialami</li> <li>4. Lakukan ROM aktif dan pasif untuk menghilangkan ketegangan otot</li> <li>5. Instruksikan pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan mencegah kelelahan</li> <li>6. Bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sesuai dengan tingkat keterbatasan klien seperti mandi,makan,dan Bak</li> </ol>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan pasien dapat mentoleransi aktivitas dengan indikator : Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari

		7. Anjurkan pasien untuk istirahat bila terjadi kelelahan untuk menambah energi.	
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi	1. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit 2. Jelaskan tentang patofisiologi penyakit, tanda dan gejala serta penyebabnya 3. Sediakan informasi tentang kondisi klien 4. Berikan informasi tentang perkembangan klien	1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi prognosis dan pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali, apa yang dijelaskan perawat kesehatan lainnya

### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan Faktor keganasan penyakit	1. Melakukan observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, durasi, karakteristik dan frekuensi 2. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan 3. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, distraksi)	S: Pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian mammae kanan bila disentuh dan saat bergerak, nyeri menyebar ke punggung. O: Pada saat dikaji, pasien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang). A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

		4. Mengkolaborasi pemberian obat analgetik 5. Menganjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup 6. Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 7. Menggunakan bantal untuk menopang nyeri.	
28/5/19	Nyeri akut berhubungan dengan Faktor keganasan penyakit	1. Mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan 2. Mengajarkan teknik napas dalam 3. Melayani obat oral coditam 3 x 1, dosis 4. Mengganti cairan infus RL.	S: Pasien mengatakan nyeri pada mammae kanan masih terasa O: Skala nyeri 5 (nyeri sedang) A: Masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan
2	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	1. Mengkaji status fisiologis yang menyebabkan kelelahan 2. Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan kelelahan 3. Memonitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan yang dialami pasien 4. Melakukan ROM aktif dan pasif untuk menghilangkan ketegangan otot 5. Menginstruksikan pasien untuk beristirahat di selingi istirahat 6. Membantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya	S: Pasien mengatakan Mudah capek, lelah saat melakukan aktivitas O: Pada saat dikaji, pasien hanya terbaring ditempat tidur dengan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

		<p>sesuai dengan tingkat keterbatasan klien seperti mandi, makan dan BAK.</p> <p>7. Menganjurkan pasien untuk istirahat bila terjadi kelelahan untuk menambah energi.</p>	
28/5/19	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi pasien Turundari tempat tidur</li> <li>2. Mengganti seprei pasien</li> <li>3. Mengganti pakaian pasien</li> <li>4. Mengkaji kekuatan otot</li> <li>5. Merubah posisi pasien setiap 2 jam</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan badan masih terasa lelah</p> <p>O: Semua aktivitas pasien masih dibantu perawat dan keluarga</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
3	Intoleransi aktifitas b/d kelemahan fisik	<p>Berikan informasi gunakan media (leaflet) tentang: Tanda dan gejala penyakit serta pencegahan dan pengobatan.</p>	<p>S: Pasien dan keluarga mengatakan senang dengan informasi yang diberikan</p> <p>O: Pasien meminta leaflet untuk dimiliki</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI  
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Maria De Fatimah Dos Remedios  
NIM : PO. 530320116358  
NAMA PEMBIMBING : Maria Sambriang SST, MPH  
NIP : 196808311989032001

No.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	25 - 05 - 19	konsultasi judul	
2	31 - 05 - 19	konsultasi Bab I.	
3	6 - 06 - 19	- konsultasi cover - Bab I, II, III dan IV.	
4	11 - 06 - 19	Acc usulan sidang.	
5	14 - 06 - 19	Acc usulan sidang	
6	19 - 06 - 19	Sidang, lanjut Revisi NIP.	
7	26 - 06 - 19	Revisi lampiran	
8	2 - 07 - 19	Acc akhir	

# JADWAL KEGIATAN

Kegiatan	Bulan																										
	Mei													Juni													
	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Pembekalan		✓																									
Lapor diri di Rumah sakit dan pengambilan kasus	✓																										
Ujian praktek				✓																							
Perawatan kasus					✓																						
Penyusunan KTI dan konsultasi dengan pembimbing		✓																									
Ujian sidang																					✓						
Revisi hasil ujian sidang																							✓				
Pengumpulan KTI																									✓		